



<<< indietro

## CORREZIONE CHIRURGICA

In pochi campi della chirurgia come per l'ipospadia si è assistito nel corso degli anni al fiorire di molteplici tecniche chirurgiche che in molti casi sono state acclamate come la risoluzione definitiva al problema. Numerose di queste innovazioni tecniche non hanno retto la prova del tempo e manifestato complicanze più o meno gravi a medio e lungo termine. Ancora oggi è da considerare aperto il dibattito tra gli 'addetti ai lavori' riguardo la superiorità di questa o quella tecnica, l'impiego di metodiche in tempo unico o in più tempi chirurgici e così via. La risposta a questo singolare fenomeno è forse da identificare nella complessità della ricostruzione chirurgica stessa e dalla necessità di adattare al singolo paziente l'approccio chirurgico più idoneo. L'esperienza individuale e la padronanza di un certo numero di tecniche da parte del chirurgo rappresentano gli elementi imprescindibili per ottenere dei risultati adeguati.

Una serie di significativi progressi tecnici hanno contribuito al miglioramento dei risultati funzionali ed estetici della chirurgia ricostruttiva della ipospadia. Tra questi vale la pena di ricordare i moderni mezzi di magnificazione ottica, materiali di sutura più idonei, nuovi metodi per la gestione postoperatoria (cateteri, materiali di fasciatura).

La tendenza attuale nel campo della chirurgia dell'ipospadia può essere così schematicamente riassunta:

- Forme distali:** Nei pazienti affetti da ipospadia distale con una buona doccia uretrale, l'intervento di elezione per la costruzione della neouretra è rappresentato dalla tubulizzazione del piatto uretrale inciso (T.I.U.P.), intervento pubblicizzato dal chirurgo americano Warren Snodgrass. Questa tecnica permette di utilizzare il tessuto embriologicamente destinato a creare l'uretra e consente di ottenere eccellenti risultati nel tempo e di fornire al pene un'anatomia quanto più possibile vicina alla normalità.

- Forme prossimali:** Molteplici approcci chirurgici possono essere impiegati nella correzione delle forme prossimali. Un ritorno ai due tempi chirurgici è divenuto di nuovo attuale dopo i risultati presentati dal chirurgo inglese Aivar Bracka. In questo specifico settore e nella correzione delle ipospadie complicate da precedenti interventi chirurgici l'uso della mucosa buccale quale materiale sostitutivo sta fornendo risultati incoraggianti. Il prelievo della mucosa buccale (dalla guancia e/o dalla superficie interna del labbro) è semplice ed agevole, non comporta conseguenze funzionali e/o estetiche in sede orale ed il disagio post-operatorio è limitato.

### Derivazione urinaria - medicazione peniena

L'uso di una derivazione urinaria temporanea è fondamentale per poter garantire una adeguata cicatrizzazione e consolidamento delle pareti neo-uretra. La decisione se usare o meno una derivazione urinaria è legata al tipo di intervento. Per le forme distali e nel bambino piccolo, che non abbia ancora raggiunto il controllo dello svuotamento vescicale, può non essere impiegata alcuna derivazione urinaria. Il bambino più grande che abbia raggiunto la continenza richiede abitualmente una derivazione urinaria nei primi giorni dopo l'intervento. Nei casi in cui è richiesta una derivazione la preferenza è per un catetere transuretrale vescicale in silicone (6 Fr.), fissato esternamente al glande da un punto di sutura e lasciato gocciolare nel pannolino.

Questa soluzione consente al bambino una dimissione più rapida, non condizionando il piccolo paziente al letto per la presenza di un sistema di drenaggio chiuso che frequentemente si rende responsabile di occlusioni e richiede notevoli attenzioni. Il catetere è estremamente ben tollerato sia dal bambino che dai genitori, non è generalmente associato a problemi di spasmi vescicali e può facilmente essere rimosso ambulatoriamente in media dopo **7-10** giorni.